



SLIDING FEE ELIGIBILITY

INFORMATION

GUARANTOR	DATE
ADDRESS	MEDICAL REC #
CITY/STATE/ZIP	ACCOUNT #
PHONE	

LIVING ARRANGEMENT

- ☐ OWN HOME
☐ RENT APARTMENT
☐ OTHER _____

RACE

- ☐ HISPANIC/LATINO
☐ MEXICAN
☐ PUERTO RICAN
☐ CUBAN
☐ _____
- ☐ BLACK/AFRICAN AMERICAN
☐ WHITE
☐ NATIVE HAWAIIAN & OTHER PACIFIC ISLANDER
☐ AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE
☐ UNREPORTED/REFUSED
- ☐ OTHER _____

FAMILY MEMBERS

FAMILY SIZE		
SPOUSE	DOB	ACCOUNT #
NAME	DOB	ACCOUNT #
NAME	DOB	ACCOUNT #
NAME	DOB	ACCOUNT #
NAME	DOB	ACCOUNT #
% OF PAYMENT		
REVIEW DATE		
NEW PATIENT OR ESTABLISHED		



ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA DE ESSCALA DE DESCUENTO

INFORMACIÓN

NOMBRE	FECHA
DIRECCIÓN	# DE EXPEDIENTE
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL	# DE CUENTA
TELÉFONO	

ARREGLO DE VIVIENDA

- ☐ DUEÑO/A DE CASA
☐ RENTA
☐ OTRO _____

ORIGEN ÉTNICO

- ☐ HISPANO/LATINO
☐ MEXICANO
☐ PUERTORRIQUEÑO
☐ CUBANO
☐ _____
- ☐ AFROAMERICANO
☐ BLANCO
☐ HAWAIANOS NATIVOS/ISLEÑO DEL PACÍFICO
☐ NATIVO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA
☐ PREFIERO NO CONTESTAR
- ☐ OTRO _____

FAMILY MEMBERS

TAMAÑO TOTAL DE FAMILIA		
	FECHA DE NACIMIENTO	# DE CUENTA
ESPOSA		
NOMBRE		
NOMBRE		
NOMBRE		
NOMBRE		
% DE PAGO		
FECHA DE REVISIÓN		
NUEVO PACIENTE O ESTABLECIDO		